



Geleive alle velden met **blokkletters** in te vullen

Voorschrijfformulier Hartis

PATIENT	VOORLETTERS	:		GESLACHT	:	M / V	
	NAAM	:		GEBOORTEDATUM	:		
	ADRES	:		BSN	:		
	POSTC. + WOONPLAATS	:		VERZEKERAAR	:		
	TELEFOONNUMMER	:		UZOVI- CODE	:		
	MOBIEL TELNR.	:		POLISNUMMER	:		
HUISARTS	NAAM PRAKTIJK	:		ZORGMAILKLANTNR.	:		
	POSTCODE EN PLAATS	:		AGB- CODE ARTS	:		
	BEHANDELEND ARTS	:		INTERCOLLEGIAAL NR.	:		
MEDISCHE GEGEVENEN	1. DIABETES PATIENT?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	2. HOGE BLOEDDRUK?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	3. CHRONISCHE INDICATIE?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	4. ONDER BEHANDELING VAN CARDIOLOOG?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	5. MEDICATIE?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	INDIEN 'JA' GEANTWOORD OP VRAAG 4:						
	- AANGEBOREN HARTAFWIJKING?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	- HARTINFARCT DOORGEMAAKT?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	- HARTOPERATIE ONDERGAAN?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, NL.:			
	- PACEMAKER?		<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA			
INDICATIE	VERWIJSINDICATIE/INCLUSIECRITERIA:						
	TYPE OPNAME:						
	1. HOLTER REGISTRATIE	<input type="checkbox"/> 24 uur	<input type="checkbox"/> 48 uur	<input type="checkbox"/> 72 uur			
	2. EVENTREGISTATIE	<input type="checkbox"/> 7 dagen	<input type="checkbox"/> 14 dagen				
	DATUM	NAAM + PARAAF VOORSCHRIJVEND ARTS					

**GELIEVE DIT FORMULIER TE FAXEN NAAR HUISARTSENSERVICEPUNT RDGG.
 FAXNUMMER: 015- 260 4540**